

BOLETIM DO SANATÓRIO SÃO LUCAS

FUNDAÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Rua Pirapitingui, 80 — São Paulo, Brasil

VOL. XXIII

JULHO DE 1961

N.º 1

Sumário:

<i>Varicocele</i> — Prof. ALEJANDRO HIGGINSON	3
<i>Sobre um caso de mixoma de procedência corial</i> — Prof. CARMO LORDY e Dr. WALDEMAR MA- CHADO	8
<i>Literatura Médica</i> — Separatas e folhetos rece- bidos	11
<i>Sociedade Médica São Lucas</i> — Comunicações feitas	13



Boletim do Sanatório São Lucas

Suplemento de
"ANAIAS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA"

Editado sob a direção do
DR. CLODOMIRO PEREIRA DA SILVA

pelo
SANATÓRIO SÃO LUCAS
FUNDAÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Diretor
DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

+

Órgão oficial da Sociedade Médica São Lucas
Rua Pirapitingui, 80, Caixa Postal, 1574 — São Paulo, Brasil



DIRETORIA — EXERCÍCIO DE 1961/1962

Presidente

DR. ENRICO RICCO

Vice-Presidente

PTOF. CARLOS DE OLIVEIRA BASTOS

Primeiro Secretário

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Segundo Secretário

DR. JOHN BENJAMIM KOLB

Primeiro Tesoureiro

DR. CLODOMIRO PEREIRA DA SILVA

Segundo Tesoureiro

DR. LUIZ BRANCO RIBEIRO

Bibliotecario

DR. ROBERTO DELUCA

Conselho Consultivo

DR. JOÃO NOEL VON SONNLEITHNER

DR. JOSÉ SALDANHA FARIA

DR. WALDEMAR MACHADO

DR. MOACYR BOSCARDIN

DR. PAULO G. BRESSAN

BOLETIM DO SANATÓRIO SÃO LUCAS

FUNDAÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

VOL. XXIII

JULHO DE 1961

N.º 1

Varicocele

Prof. ALEJANDRO HIGGINSON

Jefe del servicio de urologia del Hospital "Dos de Mayo" — Lima, Peru

El varicocele es una afección en la cual las venas del cordón se encuentran "alargadas" "dilatadas" y "tortuosas" desde su salida del conducto inguinal a través del orificio inguinal externo hasta la glándula testicular y epididimaria. Esta afección es muy frecuente; las estadísticas revelan que un diez por ciento de los sujetos masculinos se encuentran afectados de ella y como generalmente no determina sintomatología subjetiva es casi siempre descubierta en los exámenes médicos que se realizan en las Universidades, Colegios, Institutos armados, grupos deportivos etc.

El varicocele es en la regla izquierdo; por excepción puede observarse en el lado derecho lo que vamos a explicar más tarde. Hay que distinguir el varicocele que observamos con tanta frecuencia y al que llamamos idiopático y el varicocele llamado sintomático menos frecuente y que no viene a ser sino la repercusión sobre las venas del cordón de una compresión de vecindad; tumor renal; tumor abdominal etc.

El varicocele idiopático es una malformación congénita en la regla; depende de un estado de hipersimpaticotonia de las venas del cordón que es a su vez la consecuencia de una toxemia crónica en el curso del desarrollo del embrión; es decir, que depende de una hipersimpaticotonia pelviana generalmente; con menos frecuencia de una hipersimpaticotonia abdominalo pelviana por igual causa de toxemia crónica. Se comprende así como a veces una toxemia análoga, adquirida puede llegar a determinar un estado de hipersimpaticotonia y un varicocele.

No obstante ser la causa congénita el varicocele solo comienza a desarrollarse en los primeros años de la vida y generalmente se hace ostensible en la pubertad es decir alrededor de los catorce años. Este desarrollo lento y paulatino se explica por que el varicocele se establece cuando hay terreno propicio o sea hipersimpaticotonia congénita bajo la influencia persistente del reflujo o inversión de la corriente circulatoria en las venas espermáticas fenómeno

descubierto y estudiado por Yvanisevich en el año 1919. Esta inversion de la corriente circulatoria hace que la sangre de la vena renal izquierda al no poder en ciertos momentos circular libremente enfile por la espermatica llenando el sistema venoso; en el trayecto abdominal las venas estan protegidas por las paredes gruesas y elasticas del abdomen pero a la salida del conducto inguinal donde esta proteccion ya no existe y en donde solo quedan las delgadas envolturas del cordon la sangre refluída dilata, alarga y deforma poco a poco las venas multiples en que se dividen las espermaticas para dar el plexo pampiniforme; puede propagarse esta dilatacion a traves de las anastomosis con las deferenciales y funiculares formandose varices en ellas y creandose asi varicoceles totales los que son raros pues en la regla las dilataciones, alargamientos y tortuosidades, solo recaen sobre las venas espermaticas que en el cordon forman el llamado paquete anterior.

La vena renal izquierda que tiene una corriente venosa notable, pues cada cinco minutos tiene que derivar aproximadamente $2\frac{1}{2}$ litros de sangre, puede presentar varios obstaculos al libre curso de la corriente venosa en su camino hacia la cava; pero con mucho el principal depende de la llamada pinza o arco arterial de Treitz que merece así una detenida observacion. A su salida del riñon las venas renales reunidas en el cuerto de la vena renal encuentran primero muy cerca del riñon a la vena e venas espermaticas las que desaguan en ella en angulo recto. Mas lejos de su recorrido reciben el desagüe de las venas suprarenales y de las azigos mayor y menor.

A veces la vena renal izquierda presenta uno o dos troncos llamados conductos de seguridad descubiertos y estudiados por Fagarasanu y que cuando existen, pues no son constantes, reunen la vena renal izquierda con la vena cava desde mucho antes de su desembocadura. Se ha descrito un conducto de seguridad reno cava anterior que passa por delante de la aorta y un conducto de seguridad reno cava posterior que pasa por detras de la aorta.

Cuando la vena renal llega a la zona de la aorta pasa generalmente por delante de ella y como la mesenterica superior nace de la aorta a dicho nivel la vena renal resulta situada entre el cuerpo de la aorta y la mesenterica superior que acaba de nacer de ella formandose así el llamado "arco arterial" de Treitz, principal de las causas para que la sangre de la vena renal no circule libremente hacia la cava. Se comprende que el nacimiento de la mesenterica superior variable en altura, hará que el obstaculo determinado por esta "pinza arterial" sea o menos cerrado o intenso pero de todos modos el obstaculo se hara mas ostensible o intenso cuando las posiciones del tronco e los esfuerzos abdominales determinen el cierre de esta pinza arterial. Se explica así que en las primeras etapas de la vida cuando practicamente no hay bipe-destacion el reflujo venoso no se produzca casi nunca. Es a este respecto digno de mencion el echo de que en los cuadrupedos no

se ha observado varicoceles. Cuando la bipedestacion comienza el fenomeno del reflujo tambien comienza a producirse y naturalmente se hace mas frecuente y mais intenso en el adolescente con la movilidad intensa característica de estas primeras etapas de la vida.

La vena renal derecha no tiene los problemas de desague que presenta la izquierda; recordemos que es mas corta; que no esta sometida a ninguna "pinza arterial" y tambien que la vena ó venas espermáticas derechas no desaguan en ella sino oblicuamente en la vena cava inferior misma. No hay por consiguiente reflujo venoso ó inversion de la corriente en la espermática derecha. Sin embargo de cuando en cuando por anomalia circulatoria la espermática derecha desagua en angulo recto en la vena renal derecha analogamente a la izquierda y entonces es posible que se presente a la derecha el fenomeno del reflujo o inversion de la corriente y cuando existe predisposicion congenita o hipersimpaticotonia se puede presentar un varicocele del lado derecho.

El reflujo o inversion de la corriente venosa por la espermática izquierda y rara vez por la derecha es un mecanismo general de defensa al que recurre todo sistema venoso quando encuentra obstaculos a su curso por la via principal. Es así como normalmente sin que exista varicocele se puede, como veremos despues, hacer ostensible este fenomeno del reflujo en clinica sorprendiendolo de cuando en cuando el se produce en el lado izquierdo con frecuencia, y muy rara vez en el derecho cuando hay desembocadura anormal de la espermática derecha en la renal.

Las consecuencias del varicocele son siempre perjudiciales para la glandula testicular izquierda que esta así sometida a un constante estado de congestion pasiva que le crea condiciones de hipo nutricion con deficit de su funcion. En casos por suerte relativamente raros estas condiciones adversas para la glandula la colocan en situacion de acentuada deficiencia llegando hasta la atrofia completa que se ha observado a veces.

La intensidad de los fenomenos de estasis circulatorio y el grado de intensidad de la hipersimpaticotonia determina que ciertos casos de varicocele dejan de ser como es la regla "asintomaticos" para dar sintomas clinicos de molestias tipo causalgia. De igual modo cuando la hipersimpaticotonia es no solo pelviana sino tambien abdomino pelviana acompañen al varicocele los sintomas de impotencia sexual y estreñimiento que crean problemas de importancia y que han sido clasica y erroneamente atribuidos al varicocele que en realidad no es sino un signo mas de la hipersimpaticotonia congenita grave o abdomino pelviana.

La presentacion clinica del varicocele es en la mayoria de los casos en forma "asintomatica". El es descubierto en el curso de los exámenes medicos y es digno de mencionarse el olvido u omision que con frecuencia se hace al examinar un enfermo en forma inte-

gral de hacer el examen del aparato genital en posicion de pie y buscar el fenomeno del reflujo.

Solo los varicoceles muy desarrollados son diagnosticables en posicion echado; de pie se hacen ostensibles la gran mayoria bajo la impresion clasica de "paquete de gusanos" que se nota a palpacion. Es en posicion de pie cuando se debe efectuar la investigacion del fenomeno del "reflujo" o inversion de la corriente circulatoria tomando entre los pulgar e indice el paquete venoso y haciendo efectuar al sujeto examinado esfuerzos abdominales o de tos que con frecuencia lo determinan. La maniobra mas eficaz para que el reflujo se produzca es la descrita por Branco Ribeiro con el hombre de "signo de la reverencia".

Con el sujeto en posicion echado debe examinarse atentamente el estado de la glandula testicular izquierda comparandola con la derecha; el estado de atonia del dartos que en la regla existe en el varicocele y que determinado por la hipersimpaticotonia se revela por la bolsa flacida con el testiculo izquierdo "descolgado" y la ausencia de pliegues horizontales que son reemplazados por pliegues verticales; la frecuente presencia de sudoracion o secreciones sebaceas exageradas en el hemiescrotro izquierdo y la alteracion constante del reflejo cremasteriano que estara comparandolo con el del lado derecho disminuido y aun abolido y que una vez mas encuentra su explicacion en el estado de hipersimpaticotonia existente. Es de recordar a este respecto que anatomicamente el simpatico izquierdo es mas desarrollado que el derecho y por tanto la hipersimpaticotonia mas notable a izquierda que a la derecha.

El cuerpo de doctrina actual del varicocele conquista de la escuela urológica sud americana ha modificado totalmente el planteamiento quirúrgico de esta afección. Mientra ella estuvo olvidada, menospreciada, y del todo desconocida en su etio patogenia, las opiniones se dividian entre los abstencionistas que no juzgaban al varicocele merecedor de tratamiento quirúrgico y los operadores que al atribuir al varicocele una sintomatología frondosa llegando hasta achacarle estados generales deficientes preconizaban la operación sistemática. Desde hace mucho años una costumbre tradicional en los exámenes físicos de admision a los institutos armados ha sido el rechazo de los portadores de varicocele. Y de acuerdo a las ideas reinantes se les aceptaba cuando se sometian a la operación correctora que era una de las tantas operaciones mutilantes de aquellas epocas.

Lo que hoy sabemos sobre el varicocele impone revisar estos conceptos. Es indiscutible la utilidad de los exámenes escrupulosos de los postulantes a los institutos armados y la seleccion rigurosa basada en la exclusion de todos los que presentan algun defecto físico en la plausible idea de lograr en las fuerzas armadas sujetos físicamente lo mas cerca posible de la perfección.

El varicocele es el indice de una malformacion congenita imperfección determinada como tantas otras por un transtórno en

la evolucion embrionaria y asi se justifica la conducta del rechazo a los portadores de esta afeccion pero despues de la operacion correctora el sujeto queda tan congenitamente tarado como antes y si a este se agrega que ahora tiene una tara adquirida que es la cicatriz operatoria resulta doble el motivo para la no admission.

La conducta de los cirujanos ante el varicocele ha quedado definida con los conceptos actuales que imponen ante la constante repercusion de el sobre la glandula izquierda la operacion correctora Y este mismo cuerpo de doctrina nos enseña que las tecnicas mutilantes deben ceder el paso a las tecnicas conservadoras que estan de acuerdo con los hechos fundamentales de los nuevos conocimientos sobre el varicocele. Todas las tecnicas mutilantes que cortan, extirpan, ó ligan las venas, al interrumpir el "reflujo" atentan contra la circulacion de retorno del riñon izquierdo. Ellas le quitan a la corriente venosa del riñon izquierdo su mejor medio de defensa en los momentos de apremio que es ecabar la sangre por la espermatica. La circulacion de retorno del testiculo izquierdo al interrumpirse las espermaticas se ve obligada a emplear unicamente las deferenciales y funiculares que son insuficientes por su menor desarrollo. Riñon y testiculo resultan así menoscabados en su capacidad circulatoria de retorno.

Muchas de las tecnicas mutilantes seccionan o ligan las arterias espermaticas y si bien es cierto que merced a las anastomosis boca a boca de los tres sistemas espermatico deferencial y funicular la atrofia del testiculo izquierdo despues de las operaciones podra no producirse, de cuando en cuando al no existir por anomalia circulatoria estas anastomosis se observa la atrofia completa del testiculo, verdadera catastrofe quirurgica que ha creado en el pasado inquietantes problemas de responsabilidad a los cirujanos. En la epoca de las operaciones mutilantes hemos conocido seis por ciento de atrofias post operatorias y como no hemos seguido a todos los operados su numero es seguramente mayor.

Las tecnicas conservadoras al no cortar ni ligar las venas respetan el "reflujo" asegurando así la vena renal izquierda su mejor valvula de seguridad. Todas ellas colocan al paquete varicoso, el espermatico en la regla bajo la cubierta elastica y protectora de las paredes del abdomen tal como estan las venas espermaticas por encima del orificio inguinal externo en donde nunca se observa varicosidades. Al derivar así las venas a una posicion alta suspenden el testiculo izquierdo lo que contribuye a modificar la atonia del dartos y el cremaster.

De las tecnicas conservadoras hemos escogido la de Branco Ribeiro por encontrarla mas de acuerdo con el cuerpo actual de doctrina del varicocele. Nuestra experiencia se basa en 147 operaciones practicadas personalmente y 268 practicadas por mis colaboradores en el servicio de Urologia que dirijo. Estas 415 operaciones nos han dado resultados exelentes y nunca hemos vuelto a observar ningun caso de atrofia.

Sôbre um caso de mixoma de procedência corial (*)

PROF. CARMO LORDY

Anatomopatologista do Sanatório São Lucas.

DR. WALDEMAR MACHADO

Chefe da Secção de Maternidade do Sanatório São Lucas.

Dr. Waldemar Machado — Apresentamos hoje a esta reunião um caso singular pela maneira como se apresentou e também pela sua raridade. A história da paciente resumidamente era a seguinte: N. N. C., branca, brasileira, 27 anos de idade, casada, quartigesta, secundípara, menarca aos 14 anos, ciclo eumenorreico, antecedentes hereditários sem importância.

Deu entrada no hospital, secção de maternidade, no dia 25-5-61, às 0,45 horas. Deu à luz, parto normal, às 15,50 horas de 26-5-61, tendo nascido uma criança do sexo feminino com 2.800 g em boas condições de vida. Dequitação normal, perineo com laceração discreta, suturado com catagute 0 simples. Terminado o período de dequitação foi feita a verificação da contração e retração do globo uterino o qual se apresentava normal. Nesse momento, sob a pressão exercida no fundo do útero saltou para o exterior um pequeno nódulo tumoral de 4 cm de diâmetro sem apresentar qualquer ligação pedicular ao útero. Foi feita a revisão do colo, nada se encontrando de anormal.

O tumor apresentava consistência endurecida, lisa, uniforme. Pensamos na possibilidade de tratar-se de mioma submucoso ou pediculado ou mesmo um polipo do colo embora a paciente não referisse em sua história qualquer sinal que o fizesse suspeitar.

Enviamos então o material ao Departamento de Anatomia Patológica, do Prof. Carmo Lordy, o qual nos enviou o resultado de mixoma corial.

Procuramos em vários livros da especialidade referência sôbre o assunto, só encontrando no livro de De Lee uma pequena refe-

(*) Caso apresentado ao Corpo Médico do Sanatório São Lucas em reunião de 13 de Julho de 1961.

rência nas últimas linhas do capítulo dos tumores placentários em que dizia o seguinte: "Há outros tumores muito raros como angiossarcomas, mixomas etc."

Fica assim registrada a existência deste tumor, o primeiro encontrado em nosso Serviço num total de 9.880 parturientes até dezembro de 1960, contribuindo assim para a elucidação de casos que poderiam ficar rotulados com um diagnóstico diverso ou mesmo sem diagnóstico, o que acarretaria falhas ao Serviço de Divulgação Científica e Estatística.

Prof. Carmo Lordy. — A neoplasia em estudo chama a atenção não somente pela sua histogênese, como ainda pela localização insólita de seu desenvolvimento.

De acordo com as informações que o Dr. Waldemar Machado acaba de fornecer, a referida produção tumoral foi eliminada, via vaginal, depois de simples pressão sobre o ventre da parturiente, exercida pelo operador, com o fim de avaliar o grau de consistência da parede uterina. O tumor, com as dimensões de um ovo de galinha, revelou-se macro e microscópicamente como sendo um mixoma.

Para elucidação de sua histogênese, faz-se necessário lembrar algumas noções sobre as fases iniciais de desenvolvimento do ovo humano.

Sem diminuir todo o interesse, que recentemente despertara a descrição dos ovos humanos *Mu* (com 7½ dias de idade) e *Wi* (com 9½ dias) de Hertig-Rock, alguns A. A. ainda continuam a admitir o antigo conceito de que o ovo humano, depois de fecundado, começa a sofrer uma série de segmentações, durante seu percurso passivo ao longo da trompa, de modo que, ao alcançar a cavidade uterina, já esteja diferenciado num estrato celular periférico e numa massa celular interna, como se observa, por exemplo, no ovo do coelho. Ao estrato celular periférico atribuiu-se a denominação de trofoblasto, pela função de nutrição, que irá desempenhar em sua íntima conexão com a decidua.

Depois de seu espessamento e de modificações sucessivas de sua estrutura, o trofoblasto ficará reduzido a um estrato superficial, indiviso (sincício) e outro mais profundo, celular (camada celular de Langhans).

Por sua vez, a massa celular interna irá sofrer uma diferenciação dupla, a saber: individualização do nódulo embrionário (donde se originarão o amnios e o saco vitelino) e mesoderma primário. Este último, depois de um processo parcial de lise, acabará revestindo por dentro o trofoblasto, já reduzido em sua espessura (constituição do corio) e revestindo por fora o esboço do amnios e do saco vitelino, completando por esse modo a parede das duas vesículas.

Por esse tempo, em toda a superfície do ovo se inicia a formação de vilosidades, graças à proliferação do mesoderma primário na base de acúmulos de elementos do trofoblasto, que acabam por ser

por êle penetrados e com êle concrecendo em seguida. Mais tarde, por questões de irrigação sanguínea, mais direta e abundante no pólo embrionário do ovo, do que no pólo oposto capsular, se acentua cada vez mais a diferenciação em cório frondoso naquele e em cório liso no capsular. Histologicamente, o cório liso é representado pelo tecido conetivo da membrana corial, com revestimento descontínuo de células alteradas de origem trofoblástica, podendo-se ainda observar resíduos de troncos vilosos, em franca degeneração hialina.

Procurando agora relacionar os dados supra com a questão da histogênese do mixoma em apreço, pode-se atribuir a sua origem ao mesoderma primário, que entra na formação da membrana corial e das vilosidades e que nessa fase precoce de desenvolvimento se apresenta ainda sob aspecto mesenquimatoso.

É de se supor que o referido mixoma iniciára seu desenvolvimento a custas do mesoderma primário do cório liso, portanto ao nível do pólo capsular, ao qual ficára ligado por um pedículo nutritivo suscetível de se romper, sem oferecer grande resistência.

Por último, cumpre ainda acrescentar que tumores de procedência corial são extremamente raros. Na literatura são citados apenas casos de angiomas coriais, devidos a uma excessiva neoformação de capilares no cório. Os chamados cistos coriais têm origem ainda mal definida. Por sua vez, o corioepitelioma é uma formação, que deriva, como o mesmo nome indica, do epitélio do cório, epitélio êste que genéticamente se relaciona com o trofoblasto.

LITERATURA MÉDICA

Separatas e Folhêtos recebidos

Acción del ácido ascórbico sobre la cupremia — Elvira Zapata Gayosa. Cátedra de Farmacología de la Facultad de Farmacia de Lima. Catedrático Dr. Carlos A. Bambarén. Lima, Peru, 1958.

Acción del dimercaptopropanol sobre calcemia y potasemia — Dr. Constantín Cuadros Chichuan. 1956, Lima, Peru.

Acción hipoglucémica del betaglicerofosfato de sodio, María C. Varrillas Castro, Lima, Peru, 1958.

Acción de la histamina sobre la piruvicemia del conejo — Consuelo Mendoza Ch., 1956, Lima, Peru.

Acción de la insulina sobre la protrombina — Dula Emilia Sanabria Zamudio, 1957, Lima, Peru.

Acción de la nicotinamida sobre la hiperglucemia aloxánica — Dr. Daniel La Rosa Bazalar, Cátedra de Farmacología de la Facultad de Farmacia de Lima Catedrático Dr. Carlos A. Bambarén, Lima Peru, 1952.

"Alma mater" das Universidade é a Igreja Católica Apostólica Romana. A. Oração gratulatória do Professor Dr. Ernesto de Souza Campos. São Paulo, 1959.

Capilaroscopia en los frenestenicos — Dr. Eleogardo B. Troilo. Publicado en el Boletín del Instituto Psiquiátrico de la Facultad de Ciencias Médicas, año 1 (2.ª época) 1937, n.º 20-21. Santa Fé, 1938.

Cicatrizes Deprimidas. Tratamento pela "Plástica em Z" — Orlando Lodovici, Med. e Victor Spina, Liv. Doc. — 1959, São Paulo, Brasil.

Contribución al estudio de algunos aspectos del tabes — Dr. Carlos Lambruschini. Trabajo publicado en la "Revista Argentina de Neurología y

Psiquiatria", Tomo IX, Septiembre de 1944, n.º 3. Rosario, Argentina, 1944.

Contribución al estudio sobre algunas propiedades físicas de los acrilicos — Dr. Pedro Pablo Compañi. Publicado en la "Revista del Circulo Odontológico de Rosario" (Abril-Junio 1952). Rosario, (Santa Fé) Argentina, 1952.

Córticoesteroides urinarios en estado normal y después de intervención quirúrgica — Victoria Salazar Bustamante. Lima, Peru, 1956.

Correlación gluco-lipídica en la diabetes — Violeta Mori Revoredo. Cátedra de Farmacología de la Facultad de Farmacia de Lima, Catedrático Dr. Carlos A. Bambarén. Lima Peru, 1953.

Cupremia en enfermedades del sistema nervioso — Violeta Hammermidt Razuri. Lima, Peru, 1953.

Cupremia en sujetos aparentemente sanos y enfermos — Carmen Rosa Carranza y Carranza. Cátedra de Farmacología de la Facultad de Farmacia de Lima — Catedrático Dr. Carlos A. Bambarén. Lima, Peru, 1953.

Determinación cuantitativa de sideremia en la técnica de Davis, Levin y Oberholtzer — Agripina Mendonza Scelza, Lima, Peru, 1957.

Determinación fraccionada de 17 ceto-esteroides neutros — Luz Azabache Aguilar, Lima, Peru, 1958.

Encefalitis psicóticas agudas primitivas. Las. — Algunas consideraciones. Dr. Alfonso P. Quaranta. Trabajo publicado en la Revista Argentina de Neurología y Psiquiatria. Tomo VIII Septiembre de 1943, n.º 3. Rosario, Santa Fé, Argentina 1943.

Diagnóstico ideal: El Síndrome mínimo, la medicina preventiva y los progresos de la electrónica médica. Hacia un. — Drs. Oscar Ivanissevich, Carlos I. Rivas e Ana M. Livy. Apartado de la revista "La Semana Médica" Año LXVII, n.º 3454 — Tomo 116, n.º 3, Enero 21 de 1960. Buenos Aires, 1960.

Inversão de mamilo, contribuição ao tratamento cirúrgico — Dr. Victor Spina. Separata da Revista do Hospital das Clínicas, Vol. XI, n.º 2, pags. 121 a 132, março-abril de 1956, São Paulo, 1956.

Micrognathia — Drs. Victor Spina, Luiz Carlos Meireles, José do Nascimento e Orlando Lodovici. Separata da Revista Paulista de Medicina, Vol. 54, n.º 5, maio de 1959, págs. 361 a 367, São Paulo.

Neorrinoplastias — Dr. Victor Spina. Separata da Revista do Hospital das Clínicas, Vol. XIII, n.º 6, págs. 416 a 429, novembro-dezembro de 1958, São Paulo.

Piruvicemia en polineuritis por avitaminosis tiamica — Rosa Chiong Chang. Cátedra de Farmacología de la Facultad de Farmacia de Lima. Catedrático Dr. Carlos A. Bambarén. Lima, Peru, 1957.

Prueba de Lauretta Bender en esquizofrénicos. La. — Dr. Carlos Bambarén Vigil, Lima, Peru, 1957.

Reacción de Takata y del rojo coloidal de Ducci — Maria Tula Medina Elias. Lima, Peru, 1957.

Reminiscencias... (20 anos de Exercício Profissional) 6-12-60. Trabalho apresentado a Sociedade de Medicina de Presidente Prudente — Dr. Ennio Botelho Perrone. Presidente Prudente — Est. São Paulo, dezembro 1960.

Reperti Microbici — Nei malati di neoplasie maligne — Dr. Aldo Martini e Dr. Paolo Martini — Arenzo. 5.^a nota, Riproduzione sperimentale delle neoplasie maligne.

Técnica conservadora para o tratamento do lábio leporino unilateral. Reconstituição do tubérculo mediano. Drs. Victor Spina, Liv. Doc. e Orlando Lodovici, med. São Paulo, SP. Separata da Revista da Associação Médica Brasileira, Vol. 5 n.º 5, outubro de 1959. Págs. 325 a 330.

Tratamento cirúrgico do pterygium colli num caso de síndrome Turner — Drs. Victor Spina, Dorina R. Epps, Orlando Lodovici, Luiz Carlos Meirelles, Wadi Kassis e José do Nascimento. Revista do Hospital das Clínicas, 14: 65-69, 1959.

Tratamiento de la esquizofrenia con la diformina iodobenzometilada (septicemine) endorraquidea — ler trabajo de adscripción Clínica Psiquiátrica Adultos Dr. Ernesto Alvarado Dav, Año de 1948. Rosario (Santa Fé) Argentina, 1948.

SOCIEDADE MÉDICA SÃO LUCAS

Comunicações recebidas

Sessão em 28 de abril de 1959:

— *Varicocele* — Dr. Diamant-Berger (filme).

— TEMA: *Coma*.

RELADORES: Dr. Otavio Lemmi

Dr. Antonio José Gebara

Dr. Luiz Caetano da Silva

COMENTADOR: Dr. Fernando Freire de Souza.

Sessão em 5 de maio de 1959:

— *Tromboelastografia e seu aproveitamento no diagnóstico diferencial das diatêses hemorrágicas* — Dr. Dionisio Klobusitsky.

— *Cirurgia ginecológica conservadora* — Dr. João Loures.

— *Gravidez abdominal* — Dr. J. Edgard Ibarcena.

— *O modernismo de Hipócrates* — Dr. Cesário Tavares.

Sessão em 12 de maio de 1959:

— *Lesões traumáticas da uretra* — Dr. Afiz Sadi.

— *Uretrite crônica na mulher* — Dr. Geraldo Vicente de Azevedo.

— *Caracter da urologia hodierna* — Dr. Eduardo da Costa Manso.

Sessão em 26 de maio de 1959:

— *Cirurgia do câncer da mama* — Dr. Pedro Ayres Netto.

— *Radioterapia do câncer da mama* — Dr. Costa Pinto.

— *Molestias funcionais da mama* — Dr. Sampaio Goes.

— *Anatomopatologia do câncer da mama* — Dr. Cardoso de Almeida.

Sessão em 16 de junho de 1959:

— TEMA:

— *Tumores malignos do ovário* — Etiopatogenia — Dr. Arnaldo Dellivennere.

— *Diagnóstico e diagnóstico diferencial* — Dr. Waldemar Machado.

- *Anatomopatologia* — Dr. Antonio Luisi.
- *Terapêutica* — Dr. Waldemar de Souza Rudge.

Sessão em 30 de junho de 1959:

Mesa redonda sobre colangiografia venosa, em conjunto com o Colégio Brasileiro de Cirurgiões.

RELADORES: Dr. José Victor Rosa,
Dr. Ugo Lino L. Andrade
Dr. Heraldo de Oliveira Melo
Dr. Walter Bomfim Pontes
Dr. José Maria Cabelo Campos
Dr. Orlando Lobato.

- *Menalgias e nevroses ano-retais* — Dr. Raul Ribeiro da Silva.
- *Doenças iatrogenicas* — Prof. Carlos da Silva Lacaz.

Sessão em 21 de julho de 1959:

- *Billroth I* — *Gastrectomia total — câncer do esôfago* — Dr. Edwin Montenegro.

Sessão em 11 de agosto de 1959:

- *Cirurgia dos tumores ósseos* — Dr. Marino Lazareschi.
- *Radioterapia dos tumores ósseos* — Dr. Renato Araujo Cintra.

COMENTÁRIOS: Dr. Roberto Godoy Moreira.

Sessão em 25 de agosto de 1959 :

- *Moléstias vasculares periféricas* — Dr. L. E. Puech Leão.
- *Moléstias vasculares periféricas* — Dr. Octavio Moraes Dantas.

Sessão em 15 de setembro de 1959:

- *Fisiologia da contração uterina no trabalho de parto* — Dr. Milton Maretii.
- *Patologia da contração uterina no trabalho de parto* — Dr. Paulo S. Goffi.
- *Terapêutica da distocia de contração* — Dr. B. Neme.

Sessão em 29 de setembro de 1959:

TEMA:

I parte: *Obstrução intestinal*

- *Bases anatômicas do tratamento da oclusão intestinal* — Dr. Adalberto Leite Ferraz.
- *Fisiopatologia da obstrução intestinal* — Dr. José Gonzaga Ferreira de Carvalho.

Sessão em 13 de outubro de 1959:

II parte: *Obstrução intestinal*

- *Diagnóstico e diagnóstico diferencial* — Drs. Paulo G. Bressan e Waldemar Machado.
- *Tratamento médico e tratamento cirúrgico* — Drs. Moacyr Boscardin e Roberto Deluca.

Sessão em 27 de outubro de 1959:

- *Situação atual das aplicações da hipnose em medicina* — Dr. Antonio Carlos de Moraes Passos.

Sessão em 10 de novembro de 1959:

- *Tumores vilosos do intestino* — Dr. Adalberto Leite Ferraz.

Sessão em 24 de novembro de 1959:

Simposium sobre corticosteroides na medicina:

- *Produção e mecanismo da ação dos corticosteroides em geral* — Dr. Luciano Decourt.
- *Aplicação dos corticosteroides em clínica* — Dr. Arnaldo Calceiro Sandoval.
- *Aplicação dos corticosteroides em proctologia* — Dr. Adalberto Leite Ferraz.

Sessão em 22 de dezembro de 1959:

- *Novas aquisições em cirurgia plástica* — Dr. David Serson Neto.

Sessão em 12 de janeiro de 1960:

- *Exangüíneo transfusão por incompatibilidade materno-fetal por ABO seguida por hiberiluminação* — Dr. Ademar Albano Russi.
- *Tratamento da hipospádia* — Dr. Antonio Duarte Cardoso.

Sessão em 26 de janeiro de 1960:

- *Adenoma fetal da tireoide — sua importância na patologia e clínica* — Prof. Sebastião Hermeto Júnior.

Sessão em 9 de fevereiro de 1960:

- *Estudo crítico da colangiografia operatória* — Dr. David Rosenberg.
- *Eleição da nova diretoria.*

Sessão em 23 de fevereiro de 1960:

- *Tratamento das verminoses* — Prof. João Alves Meira.
- *Perfuração da traquéia* — Dr. H. Câmara Lopes.
- *Câncer do esôfago* — Dr. H. Câmara Lopes.

Sessão em 17 de março de 1960:

- *Melanossarcoma* — Dr. Eurico Branco Ribeiro e Prof. Carmo Lordy.

Sessão em 22 de março de 1960:

- *Divertículo do esôfago* — Dr. Eurico Branco Ribeiro.
- *Toxoplasmose* — Prof. Paulo Toledo Artigas.

Sessão em 31 de março de 1960:

- *Tumor de Krukenberg* — Dr. Eurico Branco Ribeiro e Prof. Carmo Lordy.

Sessão em 7 de abril de 1960:

- *Amiloidose hepática* — Drs. Waldemar Machado, Carlos Bastos e Prof. Carmo Lordy.

Sessão em 26 de abril de 1960:

- *Tratamento cirúrgico do megacolon* — Dr. L. E. Ribeiro de Mendonça.
- *Alguns aspectos clínicos e terapêuticos da prisão de ventre habitual* — Dr. Moacyr de Padua Vilela.

Sessão em 12 de maio de 1960:

- *Sobre um caso de câncer do esôfago* — Dr. Antonio Carlos Sprenger.

Sessão em 17 de maio de 1960:

- *Aspectos terapêuticos atuais no diabetes e suas complicações* — Dr. Virgílio Gonçalves Pereira.
- *Diabetes Mellitus* — (Filme).

Sessão em 2 de junho de 1960:

- *Corioepitelioma atípico* — Dr. Cesário Tavares e Prof. Carmo Lordy.

Sessão em 21 de Junho de 1960:

- *Importância dos aspectos clínicos no pré e posoperatório dos colons, reto e ânus* — Drs. Edison de Oliveira e Saul Goldenberg.
- *Valor médico-cirúrgico da drenagem linfática do estômago* — Dr. Saul Goldenberg.

Sessão em 19 de julho de 1960:

- *A responsabilidade do anestesista* — Dr. Afonso Renato Meira.
- *Úlcera do terço inferior do esôfago* — Drs. Moacyr Boscardin e Paulo G. Bressan.

